IX kadencja

SEJM RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

KANCELARIA SEJMU
Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ **Komisji Polityki Senioralnej (nr 15)**

z dnia 13 kwietnia 2021 r.

Pełny zapis przebiegu posiedzenia

Komisji Polityki Senioralnej (nr 15)

13 kwietnia 2021 r.

Komisja Polityki Senioralnej, obradująca pod przewodnictwem poseł **Lidii Burzyńskiej (PiS)**, zastępcy przewodniczącej Komisji, rozpatrzyła:

– informację ministra zdrowia na temat dostępu seniorów do lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej podczas pandemii;

– informację ministra zdrowia na temat dostępu do opieki medycznej i rehabilitacji dla osób starszych po przebytym COVID-19;

– informację ministra rodziny i polityki społecznej na temat zabezpieczenia potrzeb społecznych osób starszych w trakcie pandemii koronawirusa.

W posiedzeniu udział wzięli: **Waldemar Kraska** sekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Lidia Ułanowska** dyrektor Departamentu Polityki Senioralnej Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej, **Marek Wójcik** pełnomocnik zarządu Związku Miast Polskich, **Jerzy Płókarz** prezes Krajowego Sztabu Ratownictwa Społecznej Sieci Ratunkowej, **Katarzyna Wieczorowska-Tobis** i **Rafał Sapuła** stali doradcy Komisji.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Elżbieta Przybylska**, **Grażyna Kućmierowska** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

Przewodnicząca poseł Lidia Burzyńska (PiS):

Dzień dobry. Otwieram 15. posiedzenie Komisji Polityki Senioralnej. Witam wszystkich państwa. Stwierdzam przyjęcie protokołu z poprzedniego posiedzenia Komisji wobec niewniesienia do niego zastrzeżeń. Informuję, że posiedzenie Komisji zostało zwołane przez Marszałek Sejmu na podstawie art. 198 ust. 2 regulaminu Sejmu i będzie prowadzone z wykorzystaniem środków komunikacji elektronicznej umożliwiających porozumiewanie się na odległość. Przypominam, że zgłoszenia do zabrania głosu w dyskusji przez posłów uczestniczących zdalnie w posiedzeniu należy zgłaszać poprzez czat po zalogowaniu się do pokoju wideokonferencyjnego Komisji. Jednocześnie informuję, że posłowie, członkowie Komisji obecni na sali głosują przy użyciu urządzenia do głosowania za pomocą legitymacji poselskiej. Wówczas nie logują się w systemie komunikacji elektronicznej i nie używają tabletu.

Przystępujemy do stwierdzenia kworum. Proszę państwa posłów o naciśnięcie jakiegokolwiek przycisku w celu potwierdzenia obecności na posiedzeniu. Dziękuję. Stwierdzam kworum.

Przystępujemy zatem do realizacji porządku dziennego. Porządek dzienny przewiduje: punkt pierwszy – rozpatrzenie informacji ministra zdrowia na temat dostępu seniorów do lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej podczas pandemii. Punkt drugi – rozpatrzenie informacji ministra zdrowia na temat dostępu do opieki medycznej i rehabilitacji dla osób starszych po przebytym COVID-19. Punkt trzeci – rozpatrzenie informacji ministra rodziny i polityki społecznej na temat zabezpieczenia potrzeb społecznych osób starszych w trakcie pandemii koronawirusa.

Proszę państwa, ponieważ zastępuję panią przewodniczącą, popełniłam duży nietakt, gdyż nie przywitałam gości, którzy zaszczycili swoją obecnością nasze posiedzenie Komisji Senioralnej. Zatem witam bardzo serdecznie pana Waldemara Kraskę sekretarza

stanu Ministerstwa Zdrowia. Witam również bardzo serdecznie panią Lidię Ułanowską dyrektora Departamentu Polityki Senioralnej Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej. Witam również gości biorący udział zdalnie – pana Michała Dzięgielewskiego dyrektora Departamentu Lecznictwa Ministerstwa Zdrowia, panią Katarzynę Wieczorowską -Tobis stałego doradcę Komisji, pana Rafała Sapułę stałego doradcę Komisji, pana Marka Wójcika reprezentującego Związek Miast Polskich i pana Jerzego Płókarza z Krajowego Sztabu Ratownictwa Społecznej Sieci Ratunkowej.

Proszę państwa, przechodzimy do realizacji porządku dzisiejszego posiedzenia Komisji. Bardzo proszę pana Waldemara Kraskę, sekretarze stanu w Ministerstwie Zdrowia, o zreferowanie informacji, a następnie panią Lidię Ułanowską dyrektora w Ministerstwie Rodziny i Polityki Społecznej.

Sekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Waldemar Kraska:

Dziękuję, pani przewodnicząca. Panie i panowie posłowie, szanowni państwo, w imieniu ministra zdrowia mam zaszczyt przedstawić informację na temat dostępu seniorów do lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej i ambulatoryjnej, ale także rehabilitacji dla osób starszych w dobie pandemii, czyli po przebytym zakażeniu COVID-19. Na początku przedstawię kilka statystyk, sytuację demograficzną osób starszych w Polsce i aktualną prognozę na lata następne. Obecnie w Polsce jest ponad 7 mln osób w wieku 65+. Jeżeli spojrzymy kilka lat wstecz, w stosunku do roku 2015, liczba Polaków w starszym wieku wzrosła o ponad 900 tys. osób. Według prognozy Głównego Urzędu Statystycznego, liczebność mieszkańców Polski na lata 2014-2050 wskazuje, że w tym ostatnim roku, czyli 2050, populacja osób starszych wzrośnie do 13,7 mln obywateli i będzie stanowiła 40% ogółu ludności. W populacji osób starszych większość stanowią kobiety, tj. 58%. Na 100 mężczyzn przypada 139 kobiet. Przewaga liczebna kobiet wzrasta wraz z wiekiem. W grupie 60-64 lat kobiety stanowią 54%, ale w grupie powyżej 80. roku życia jest niemal 72%.

Sytuacja zdrowotna i sprawność funkcjonalna osób starszych jest bardzo dokładnie analizowana przez Ministerstwo Zdrowia. Widzimy, że społeczeństwo polskie starzeje się, ale to także jest widoczne w innych krajach Europy i świata. Osoby starsze, dzięki postępom w medycynie, żyją zdecydowanie dłużej, ale niestety w tym przedziale wiekowym pojawia się zjawisko wielochorobowości, które występuje u większości osób starszych. Przyjmuje się, że wśród osób powyżej 70. roku życia występują przynajmniej trzy choroby przewlekłe. To wzrasta wraz z wiekiem i częściej dotyczy kobiet niż mężczyzn. Także wśród osób starszych wiele jest osób niepełnosprawnych, tj. około 4,7 mln. Jeżeli mówimy o pobycie w szpitalu, czyli hospitalizacji osób starszych powyżej 80. roku życia, jest ich prawie dwukrotnie więcej w porównaniu do osób poniżej 65. roku życia.

Było przeprowadzane badanie Europejskiego badania warunków życia ludności. To badanie odbyło się również w Polsce i 28% osób powyżej 65. roku życia uznaje swoje zdrowie jako dobre lub bardzo dobre, 26,5% uznało, że ich zdrowie jest złe lub bardzo złe, a 45,6% – ani dobre, ani złe. Widzimy, że w tym wieku stan zdrowia Polaków ulega pogorszeniu. To jest związane z faktem, że to są osoby starsze. Biorąc pod uwagę 12 miesięcy poprzedzających to badanie, rzeczywistą potrzebę leczenia lub badania zadeklarowało ponad 73% osób. Najczęstsze dolegliwości osób starszych są związane głównie z chorobami układu sercowo-naczyniowego. W roku 2018 w ogólnej liczbie zgonów spowodowanych chorobami układu krążenia, aż 92% dotyczyło osób w wieku powyżej 60. roku życia. Wśród osób starszych zgony spowodowane chorobami układu krążenia stanowią 44%. Częściej chorują kobiety niż mężczyźni. W 47% to są mieszkańcy wsi, 42% to mieszkańcy miast. W przypadku osób powyżej 85. roku życia, na 10 osób, 6 umiera z przyczyn kardiologicznych. Nasz projekt dotyczący sieci kardiologicznej, którego pilotaż zaczyna się już za kilka tygodni na Mazowszu, będzie także dedykowany dla osób starszych. Jak widzimy, problem dotyczący choroby układu sercowo-naczyniowego jest bardzo poważny. Drugą najistotniejszą przyczyną zgonów u osób starszych są nowotwory, w tym złośliwe. Niestety, udział śmiertelności wzrasta z roku na rok. Spośród wszystkich wykrywanych nowotworów złośliwych, ponad 73% dotyczy obywateli powyżej 60. roku życia. W roku 2017 było prawie 165 tys. zachorowań na nowotwory w Polsce. Myślę, że dość istotnym

problemem są również tak zwane problemy geriatryczne. Mówimy głównie o zaburzeniu otępiennym, w tym chorobie Alzheimera, której rozpowszechnienie w Polsce szacuje się od 360 tys. do prawie 0,5 mln osób. Ryzyko tej choroby wzrasta po 65. roku życia i ulega podwojeniu z każdym pięcioletnim przeżyciem.

Od ponad roku zmagamy się z pandemią COVID-19. To też dotknęło osoby starsze. Wiele obostrzeń, które zostały wprowadzone, bardzo źle wpływa na zdrowie fizyczne i psychiczne osób starszych, szczególnie ograniczenie kontaktów z najbliższymi. Epidemia w istotny sposób także wpłynęła na wydolność ochrony zdrowia. To przełożyło się na dostępność do podstawowej opieki zdrowotnej, specjalistycznej, leczenia szpitalnego, rehabilitacji czy opieki długoterminowej. Wielokrotnie wystosowywaliśmy zalecenia do personelu i kierowników podmiotów leczniczych, aby zwrócić szczególną uwagę na osoby senioralne, aby ułatwiać im dostęp do lekarzy rodzinnych i leczenia szpitalnego. Szczególnie zwróciliśmy uwagę na diagnostykę, leczenie chorób nowotworowych. W czasie całej pandemii praktycznie nie było zaburzenia w dostępie do leczenia chorób nowotworowych. Jeżeli mówimy o podstawowej opiece zdrowotnej, czyli POZ, w roku 2019 dla pacjentów powyżej 65. roku życia średnio zostało udzielonych prawie 54 mln świadczeń. W 2020 r. tych świadczeń było tylko 51,4 mln. Średnia liczba świadczeń na jednego pacjenta powyżej 65. roku życia w 2019 wyniosła 9,02, a w roku 2020 już 8,48. Widzimy, że jednak spadła liczba świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej udzielana dla pacjentów starszych. Myślę, że doskonale sprawdziło się wystawianie e-recept, e-skierowań czy zakup sprzętu dla świadczeniodawców, ponieważ te usługi w czasie pandemii były pomocne, aby seniorzy nie udawali się bezpośrednio do poradni lekarza rodzinnego. Mamy doświadczenie z wielu krajów, że kontakt w pandemii mógł prowadzić do zwiększenia ryzyka zakażeń.

Jeżeli spojrzymy na specjalistyczną opiekę ambulatoryjną w czasie pandemii, porównamy dwa lata, czyli rok 2019 do 2020, widzimy, że liczba pacjentów w 2019 r. wyniosła ponad 4,6 mln, a w 2020 r. – 4,3 mln. Tak zwanej teleporady nie mieliśmy w roku 2019, a w okresie pandemii była szeroko rozpowszechniona. Dla osób powyżej 65. roku życia zostało udzielonych prawie 4 mln takich porad. Jeżeli przeanalizujemy dane, zauważymy, że zmniejszyła się liczba wykonywanych teleporad w 2020 r. o 7,12% w stosunku do roku 2019.

Należy także spojrzeć na czas oczekiwania pacjentów w poszczególnych poradniach. Mówimy głównie o poradniach diabetologicznych, endokrynologicznych, kardiologicznych, neurologicznych, reumatologicznych i geriatrycznych. Oczywiście czasy uległy zmniejszeniu. Możemy to tłumaczyć pandemią. Rzeczywisty czas oczekiwania w poradni kardiologicznej jest mniej więcej na jednakowym poziomie, natomiast nastąpił spadek czasu oczekiwania w poradni endokrynologicznej o 27 dni, w poradni neurologicznej o 19 dni, także w poradni geriatrycznej średnio o 11 dni. Oczywiście musimy brać poprawkę na okres pandemii.

Szanowni państwo, spójrzmy na dostęp seniorów do badań diagnostycznych. Skoncentruję się na dwóch badaniach: tomografii komputerowej i rezonansie magnetycznym. W przypadku rezonansu magnetycznego porównamy dwa lata 2019-2020. Jest nieznaczny spadek liczby badań – 352 tys. w 2019 r., 331 tys. w 2020 r. Natomiast, jeśli popatrzymy na badania tomografii komputerowej, widzimy spadek – w 2019 r. było 712 tys. badań, w 2020 r. już tylko 573 tys. W przypadku rezonansu magnetycznego uległ skróceniu czas oczekiwania do 40 dni, a w przypadku tomografii komputerowej o 11 dni. Oczywiście po COVID-19 staje przed nami duże wyzwanie, jeżeli chodzi o leczenie specjalistyczne, także diagnostykę. Osoby w wieku starszym, które przechorowały COVID-19, także wymagają rehabilitacji pocovidowej. Wszystkie dane, które obecnie posiadamy, wskazują, że COVID-19 niestety pozostawia znaczne zmiany, szczególnie w układzie oddechowym, które trzeba regenerować. Do tego jest przeznaczona tzw. rehabilitacja lecznicza po przebytym COVID-19. Taki ośrodek działa od kilkunastu miesięcy w Głuchołazach, gdzie wiele osób skorzystało z rehabilitacji. Dlatego wprowadziliśmy rozporządzenie ministra zdrowia dotyczące rehabilitacji dla osób postcovidowych. To oczywiście będzie się odbywało w zależności od stanu zdrowia pacjentów. To może być rehabilitacja prowadzona w domu, ambulatoryjna, ale także w zakładach rehabilitacji leczniczej

i uzdrowiskowej. Chcemy, aby do tej rehabilitacji przystąpiło jak najwięcej podmiotów, dlatego podmioty świadczące usługi rehabilitacyjne mają już podpisaną umowę z NFZ i jeśli spełniają kryteria, mogą bez konkursu przystąpić do świadczenia takich usług. Czas trwania rehabilitacji wynosi od dwóch do sześciu tygodni, w zależności od stanu pacjenta, który zgłosi się na rehabilitację. Jednak nie może być rozpoczęta później niż sześć miesięcy od zakończenia leczenia pacjenta zakażonego koronawirusem. Specjaliści określają, że to jest okres, w którym trzeba jak najszybciej przeprowadzić rehabilitację. Oczywiście w zakresie rehabilitacji są różne metody: inhalacja, treningi marszowe, balneoterapia i wiele innych elementów, które poprawiają ogólną kondycję.

To wszystko pokrótce, pani przewodnicząca. Jeżeli pojawią się jakieś pytania, jestem gotowy na nie odpowiedzieć. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Lidia Burzyńska (PiS):

Dziękuję bardzo, panie ministrze. Zanim przejdziemy do trzeciego punktu, pozwolą państwo, że teraz otworzę dyskusję na temat informacji, którą przekazał pan minister, a dotyczyła ona dostępności seniorów do lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej i oczywiście rehabilitacji pocovidowej również dla seniorów.

Panie ministrze, bardzo dziękuję za przekazanie informacji, wysłanej wcześniej, abyśmy mogli zapoznać się, jak to wygląda w skali rozbicia na grupy wiekowe, ale również jak wygląda sytuacja częściowo. Pan minister był łaskaw powiedzieć, że w materiale został przedstawiony podział na dostępność do niektórych świadczeń, jeżeli chodzi o środowiska wiejskie i miejskie. To jest bardzo ważne. Jak podkreślił pan minister, ale również my, członkowie Komisji Polityki Senioralnej, wiemy, że nieuchronnie społeczeństwo polskie starzeje się i dane wskazują, że w 2050 r. 40% mieszkańców naszej ojczyzny to będą seniorzy powyżej 65. roku życia. Ta grupa wiekowa, oprócz doświadczenia i mądrości życiowej, ma również problemy zdrowotne. Tym chcemy się zająć na posiedzeniu Komisji.

Panie ministrze, powiedział pan między innymi, że u seniorów występuje zjawisko wielochorobowości, najczęściej wymagają leczenia choroby z zakresu układu sercowo-naczyniowego. Tutaj jest podział – 47,5% mieszkańców wsi potrzebuje pomocy lekarskiej związanej z chorobami układu sercowego, a mieszkańców miasta 42,5%, czyli mieszkańców wsi ta choroba dotyka o 5% częściej. Proszę powiedzieć, panie ministrze, ponieważ dostęp seniorów do lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej podczas pandemii jest przedstawiony tylko i wyłącznie w grupie wiekowej, natomiast, czy ma pan informację – jeśli nie, proszę przedstawić w późniejszym terminie – jak to wygląda w podziale na seniorów mieszkających na terenach wiejskich i w miastach? Doskonale wiemy, że na wsiach punkty podstawowej opieki zdrowotnej są rzadziej rozlokowanie względem siebie niż w mieście. W okresie pandemii, nawet stosując teleporady, ta sytuacja w środowiskach wiejskich jest, mówiąc obrazowym językiem, gorsza dla tych mieszkańców.

Mam jeszcze jedno pytanie do pana ministra. Nie ukrywam, że to jest bardzo dobra informacja, iż ministerstwo skierowało do prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia możliwość świadczenia rehabilitacji pocovidowej nie w sanatoriach, ale również ambulatoryjnie, a także w oddziałach rehabilitacyjnych. Pan powiedział, że są już podpisane kontrakty z tymi ośrodkami, dlatego moje pytanie brzmi, kiedy seniorzy będą mogli korzystać z innej formy rehabilitacji pocovidowej? To wszystko.

Proszę bardzo, zgłasza się pani przewodnicząca.

Poseł Paulina Matysiak (Lewica):

Dziękuję za udzielenie głosu. Panie ministrze, mam cztery pytania. Niektóre treści powielą się z tym, o czym przed chwilą mówiła pani przewodnicząca. Temat jest ważny i istotny. Informacje przedstawione w tym opracowaniu, dotyczące problemów zdrowotnych polskich seniorów, wskazują na wysoki poziom zapadalności na różne choroby i ograniczeń funkcjonalnych w tej grupie wiekowej. To oczywiście wpływa na wzrost poziomu potrzeb opiekuńczych z zakresu ochrony zdrowia dla osób starszych. W związku z tym, i to jest diagnoza z tego opracowania, jednym z głównych priorytetów polityki senioralnej państwa jest dostosowanie systemu ochrony zdrowia do wyzwań zdrowotnych związanych z zachodzącymi procesami demograficznymi. Natomiast w informacji

nie ma odrębnych zasad dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej dla seniorów. Pytanie, czy ministerstwo rozważa wprowadzenie odrębnych zasad korzystania z opieki zdrowotnej dla seniorów, zwłaszcza z zakresu dostępu do świadczeń z dziedziny kardiologii i onkologii, ponieważ na te choroby umiera najwięcej osób starszych?

Drugie pytanie dotyczy liczby osób oczekujących na poradę w wybranych poradniach. To jest tabela nr 4 w informacji przedstawionej przez ministerstwo. Z danych wynika, że w styczniu 2020 r. czas oczekiwania do poradni endokrynologicznej wynosił średnio 64 dni dla przypadków pilnych, a w styczniu 2021 r. niewiele krócej – 54 dni. Równie źle wygląda czas oczekiwania na poradę w poradni kardiologicznej, który zarówno w 2020 r., jak i 2021 r. dla przypadków pilnych wynosił 40 dni. To jest średni czas oczekiwania, więc wielu pacjentów, których przypadek zdiagnozowano jako pilny, było zmuszonych czekać dłużej. Tutaj należy również zauważyć, że choroby kardiologiczne są główną przyczyną zgonów wśród seniorów. Pytanie, jakie działania planuje podjąć ministerstwo, aby poprawić dostępność w poradniach kardiologicznych oraz endokrynologicznych i skrócić czas oczekiwania na wizytę w tych poradniach?

Trzecie pytanie dotyczy pilotażowego programu rehabilitacji pocovidowej. Była mowa o umowach, które są w trakcie podpisywania. Czy może pan przedstawić informację, kiedy i w jakich miejscach będzie możliwy dostęp do opieki rehabilitacyjnej pocovidowej dla osób starszych? Faktycznie, informacje, które znajdują się w opracowaniu, wskazują na bardzo duże zainteresowanie udziałem w tym programie. W kolejce oczekuje 2600 osób – to jest bardzo dużo.

Ostatnie krótkie pytanie dotyczy świadczeń z zakresu geriatrii. Z opracowania wynika, że mamy bardzo duży spadek, jeśli chodzi o udzielone świadczenia z zakresu geriatrii, porównując rok do roku. To jest prawie 30% mniej świadczeń. Z czego to wynika, biorąc pod uwagę sytuację chorujących osób starszych? Wydaje się mi to bezzasadne, dziwne, co państwo chcą zrobić w tej sytuacji. Nie dość, że jest mało geriatrów, to dostęp do nich jest bardzo trudny, a w wielu powiatach w ogóle nie funkcjonuje poradnia geriatryczna. Odwołując się do opracowania dotyczącego wielochorobowości, kontakt z geriatrą byłby lepszym rozwiązaniem niż z lekarzem podstawowej ochrony zdrowia. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Lidia Burzyńska (PiS):

Dziękuję pani przewodniczącej Paulinie Matysiak. Teraz proszę o zabranie głosu panią poseł Kołodziej.

Poseł Ewa Kołodziej (KO):

Pani przewodnicząca, dziękuję. Mam ważne pytanie do pana ministra. Zgłosili się do mnie seniorzy, którzy rozpaczliwie proszą o szybką nowelizację przepisów. Cyfryzacja w dużym stopniu pozbawiła pacjentów w wieku senioralnym dostępu do bezpłatnych leków. Mamy program lekowy 75+, z którego niestety są wykluczeni seniorzy w ogromnej liczbie. Pacjenci w wieku powyżej 75 lat, którzy nie mają internetowego konta pacjenta, nie dostaną bezpłatnej recepty od lekarza specjalisty oraz na leki po pobycie w szpitalu. Dzisiaj dostałam takie rozpaczliwe informacje, dlatego pytam, czy prawdą jest, że pacjent 75+ musi mieć internetowe konto pacjenta? Jeżeli senior jest w poradni specjalistycznej typu ambulatoryjna opieka specjalistyczna lub był w szpitalu, który ma kontakt z NFZ, lekarze specjaliści, aby mogli wystawić receptę, muszą mieć zgodę seniora w postaci zweryfikowania w systemie e-Zdrowie wcześniejszych jego recept. Taki pacjent musi mieć internetowe konto pacjenta. Jak pokazują dane z artykułu, który czytałam, w grupie osób w wieku 71+ zaledwie 187 tys. seniorów ma internetowe konto pacjenta na 1,5 mln seniorów, więc to jest znikomy procent. Zaledwie 2,1% posiada takie konto. Natomiast nie mam danych, ile osób w grupie 75+ posiada internetowe konto pacjenta. Aby mieć takie konto trzeba posiadać albo profil zaufany albo bankowość elektroniczną, którą bardzo trudno założyć, nawet dla osoby starszej i bieglejszej w sprawie internetu. Moje pytanie brzmi, czy prawdą jest, co usłyszałam od seniorów, od przedstawicieli Koalicji Izb Handlowych, ponoć seniorzy zgłaszali się do rzecznika praw pacjenta, wypowiadała się również Fundacja My Pacjenci oraz Izba Gospodarcza „Farmacja Polska".

Jest jeszcze jedna kwestia. Wielu seniorów ma wspólne konta z małżonkiem, synem lub córką, tym bardziej to jest skomplikowane. Nawet posiadając internetowe konto

pacjenta, trzeba mieć oddzielne logowanie, bo nie można tego zrobić wspólnie przez bankowość internetową. Takie uwagi i rozpaczliwe prośby były mi zgłaszane o pilną poprawę tego systemu, żeby był on życzliwy i sprzyjający seniorom, by mogli korzystać w trudnych czasach pandemii z darmowych leków z programu „Opieka 75+". Dziękuję za cierpliwość i wysłuchanie.

Przewodnicząca poseł Lidia Burzyńska (PiS):

Dziękuję, pani poseł. Pan minister ustosunkuje się do wypowiedzi. Seniorzy mogą mieć problemy ze zrozumieniem, natomiast zastanawia mnie, dlaczego Izba Gospodarcza czy fundacje nie wiedzą, że można korzystać z przysługujących darmowych leków? Wiem, o czym mówię, bo moi obydwoje rodzice korzystają z tych leków. Nie trzeba mieć żadnego profilu zaufanego, internetowego konta pacjenta, wystarczy tylko skierowanie od specjalisty i lekarz rodzinny przepisuje.

Poseł Ewa Kołodziej (KO):

Dodam tylko, że zmieniło się prawo. Chodzi o ostatnie miesiące. Miałam sygnały, że nie chodzi o lekarza POZ tylko specjalistę i szpitalną opiekę. Stąd moje pytanie.

Przewodnicząca poseł Lidia Burzyńska (PiS):

Pani poseł, dziękuję, pan minister będzie łaskaw odpowiedzieć nam szczegółowo na pani pytanie.

O głos prosił jeszcze pan poseł Rafał Adamczyk. Bardzo proszę.

Poseł Rafał Adamczyk (Lewica):

Pani przewodnicząca, panie posłanki, panowie posłowie, panie ministrze, szanowni goście. Mam dwa krótkie pytania. Bardzo dziękuję za sprawozdanie. Mam jedno pytanie do sprawozdania, które pan przedstawił. Czy ma pan wiedzę, czy ministerstwo oceniało, z czego wynika spadek liczby świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej i ambulatoryjnej dla seniorów w latach 2019-2020? Chodzi mi o duże spadki porad i opieki specjalistycznej. Drugie pytanie jest związane pośrednio. Nawiązał pan do pandemii. Chcę zapytać, czy mają państwo w Ministerstwie Zdrowia odnotowane przypadki, kiedy seniorzy w wieku 75+, umówieni na konkretne terminy szczepień, mieli przesuwane przynajmniej raz lub więcej razy takie terminy lub były wyznaczane błędne terminy na punkty szczepień, które fizycznie nie istniały? Jeżeli pan nie posiada obecnie takiej informacji lub Ministerstwo Zdrowia nie analizowało, jestem skłonny poznać te informacje w późniejszym terminie. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Lidia Burzyńska (PiS):

Dziękuję bardzo. Czy ktoś z państwa chce jeszcze zabrać głos? Bardzo proszę, pani przewodnicząca Joanna Borowiak.

Poseł Joanna Borowiak (PiS):

Bardzo dziękuję. Chcę państwa przeprosić, że nie byłam obecna od samego początku na posiedzeniu Komisji, natomiast w międzyczasie mamy jeszcze z panią poseł Kołodziej posiedzenie Komisji Polityki Społecznej i Rodziny. Tam na początku były głosowania. Bardzo dziękuję pani poseł za pytanie, które pani skierowała, dlatego że słuchając jego treści widzę jak szybko system dezinformacji zatacza kręgi. Muszę przyznać, że jestem zdziwiona, iż organizacje dołączają do podsycania nerwowości i niepokoju wśród seniorów. Do Komisji Polityki Senioralnej również wpłynął wniosek, prośba od Fundacji My Pacjenci i również jedna z przedstawicielek chciała zabrać głos w tej sprawie na dzisiejszym posiedzeniu Komisji. Nie wiem, czy pani połączyła się z nami zdalnie? Bardzo dziękuję panu ministrowi za odpowiedź na to pytanie. Naszą rolą jako członów Komisji Polityki Senioralnej jest czuwanie, aby takie sytuacje nie rozpowszechniały się. Nie wiem, skąd to wynika, ale cieszę się, że pani postawiła to pytanie. Dzięki temu mieliśmy okazję usłyszeć, jak wygląda stan faktyczny. W tym momencie, jeśli seniorzy, którzy byli zaniepokojeni taką sytuacją, rozpowszechnianiem takich informacji, słuchają dzisiejszego posiedzenia Komisji, również mają możliwość usłyszeć, że nie ma takich zagrożeń. Nawet planowałam odpisać na to pytanie, ale sądzę, że dzisiejsza odpowiedź pana ministra również dla nas jest przyczynkiem do tego, żeby odpowiedzi naszej Komisji oprzeć

na konkretach, które usłyszeliśmy od pana ministra. Mój ogromny apel do seniorów, którzy nas słuchają, żeby rzeczywiście starali się uzyskać informację u źródła, aby państwo nie dawali się ponieść emocjom. Naprawdę nie wiem, skąd biorą się tego typu informacje? Osobiście uważam, że to jest wpisane w system dezinformacji, który niestety źle oddziałuje na społeczeństwo, szczególnie na osoby w wieku senioralnym, którym należy się większy spokój.

To wszystko, co chciałam powiedzieć. Bardzo dziękuję, panie ministrze, za informację.

Przewodnicząca poseł Lidia Burzyńska (PiS):

Dziękuję, pani przewodnicząca. Jeszcze o głos prosi pani Katarzyna Wieczorowska-Tobis, bardzo proszę.

Stały doradca Komisji Katarzyna Wieczorowska-Tobis:

Bardzo dziękuję, pani przewodnicząca. Panie ministrze, w imieniu seniorów chcę powiedzieć i wykonać ogromny ukłon w państwa stronę, ponieważ zmiana w stosunku do teleporad ma niezwykłe znaczenie w przypadku najstarszych osób. Osoby, zwłaszcza po 80. roku życia, które trochę słabiej słyszą, czasami mają zaburzenie funkcji poznawczych, gdy muszą wychwycić szybko jakąś informację przez telefon. Stres utrudnia im właściwe zrozumienie. Zdecydowanie tutaj widzimy przewagę porad w kontakcie bezpośrednim nad teleporadami. Mam również pytanie z tym związane. Widzimy, że bardzo często, w wyniku zakończenia hospitalizacji covidowych, pogarsza się sprawność funkcjonalna osób starszych, które po powrocie do domu gorzej funkcjonują w środowisku. Dlatego moje pytanie dotyczy możliwości wdrożenia oceny potrzeb i form usprawniania dla seniorów, którzy są w domu i trudno jest im gdziekolwiek dotrzeć. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Lidia Burzyńska (PiS):

Dziękuję bardzo. O głos prosił pan Rafał Sapuła, również stały doradca Komisji, bardzo proszę.

Stały doradca Komisji Rafał Sapuła:

Bardzo dziękuję. Pani przewodnicząca, szanowni państwo, panie ministrze. W nawiązaniu do wcześniejszych pytań pań przewodniczących odnośnie do rehabilitacji postcovidowej, w dniu 9 kwietnia ukazało się zarządzenie prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, które na ten moment jako jedyne uprawnia do korzystania z rehabilitacji postcovidowej w warunkach lecznictwa uzdrowiskowego oraz w oddziałach stacjonarnych rehabilitacji. Pan minister był uprzejmy powiedzieć, że będzie również organizowana rehabilitacja w warunkach ambulatoryjnych, w warunkach oddziałów dziennych. W imieniu pacjentów chciałbym zaapelować o jak najszybsze wdrożenie tej formy rehabilitacji. Bardzo dziękuję w imieniu pacjentów i środowiska lekarskiego za wdrożenie rehabilitacji postcovidowej.

Przewodnicząca poseł Lidia Burzyńska (PiS):

Dziękuję. Teraz proszę pana ministra. Co prawda nie przerywałam po kolejnych pytaniach, aby pan minister miał mniej pytań, ale myślę, że niektóre z nich łączą się ze sobą i pan minister udzieli teraz odpowiedzi. Bardzo proszę.

Sekretarz stanu w MZ Waldemar Kraska:

Dziękuję państwu za wszystkie pytania, one są bardzo ważne. Myślę, że na każdym z nas spoczywa obowiązek dbania o swoich seniorów. Każdy z nas ma rodziców, więc myślę, że obowiązkiem państwa jest także dbać o najstarszych, którzy w tej chwili są na emeryturach czy na rentach. Wracając do meritum i pytań, zacznę od teleporad, które w czasach pandemii zdecydowanie usprawniły kontakt lekarza, szczególnie lekarza POZ, ze swoimi pacjentami. Jako lekarz wiem, że to jest uzupełnienie kontaktu lekarza ze swoim pacjentem, ale nie powinno być jedynym kontaktem, szczególnie gdy patrzymy na grupę seniorów, gdyż kontakt musi być znacznie bliższy. Nie tylko z tego powodu, że seniorzy czasem źle słyszą, ale także chcą spotkać się osobiście z lekarzem, żeby badanie było fizykalne. Dlatego wprowadziliśmy ograniczenie teleporad dla dzieci, ale również osób w wieku starszym, żeby w przypadku, gdy nie wyrażają takiej zgody, lekarz POZ musiał zbadać pacjenta osobiście. Myślę, że to jest bardzo ważne, ponie-

waż w dobie pandemii wiele schorzeń nie można wykryć przez zwykłą rozmowę telefoniczną. Pacjent nie zawsze potrafi przedstawić wszystkie objawy, dolegliwości w sposób werbalny. Zatem kontakt bezpośredni pacjenta z lekarzem jest bardzo ważny. Również czynnik psychologiczny jest bardzo ważny, bo najczęściej lekarz zna pacjenta od wielu lat i czasem wystarczy kilka minut bezpośredniej rozmowy, aby wiedział co pacjentowi dokucza, jaką diagnozę należy postawić, jaką terapię należy wdrożyć. Ograniczyliśmy trochę tereporadę i myślę, że to jest z korzyścią dla osób starszych.

Poruszony był temat choroby krążenia. Dla seniorów to jest numer jeden, jeżeli mówimy o schorzeniach czy przyczynie śmierci. Dlatego w tej chwili uruchamiamy – to jest kwestia najbliższych dni – pilotaż Krajowej Sieci Kardiologicznej. Trochę wzorujemy to na sieci onkologicznej. Chcemy, aby dostęp do kardiologa, czyli specjalisty, który zajmuje się schorzeniami serca i układu sercowo-naczyniowego, był zdecydowanie łatwiejszy. Nie mówimy tylko i wyłącznie o osobach starszych, ale również o całej populacji. Pilotaż będzie oparty na trzech lub czterech poziomach. Przede wszystkim lekarz POZ jest podstawą. On będzie zasięgał opinii, kierował do poradni kardiologicznych czy oddziałów szpitalnych kardiologicznych. Tam będzie wdrożona pierwsza diagnoza i zalecenia. W tej chwili rozpoczynamy pilotaż na Mazowszu, wiodącym ośrodkiem będzie Instytut Kardiologii w Aninie. On będzie koordynował wszystkie działania dotyczące pacjenta. Podobnie na wzór sieci onkologicznej, chcemy, aby pacjent miał swojego przewodnika po tym systemie. Doskonale państwo wiedzą, że czasami pacjent może czuć się zagubiony i chcemy, aby koordynator prowadził za rękę, ustalał konkretne wizyty, terminy, aby pacjent czuł się zaopiekowany w tym systemie. Na razie jest województwo mazowieckie, ale myślę, że w ciągu najbliższych tygodni również rozszerzymy pilotaż na inne województwa. Wiemy, że jest potrzeba, aby to upowszechnić, patrząc na schorzenia kardiologiczne.

Dziękuję również za pytanie dotyczące internetowego konta pacjenta. Zawsze namawiałem, żeby każdy z nas posiadał takie konto. To jest bardzo wygodne. Mogą państwo śledzić swoje wizyty u lekarza specjalisty, zapisane leki, także diagnozy czy skierowania na badania diagnostyczne. To jest także ważne u osób szczególnie starszych. Pamiętam ze swojego doświadczenia lekarskiego, kiedy jeździłem w karetce i zabierałem starszego pacjenta do szpitala – oprócz rzeczy osobistych pacjent najczęściej zabierał dwie torby leków. Jeżeli w tej chwili osoba posiada internetowe konto pacjenta, lekarz rodzinny może wszystkie leki sczytać i usunąć pozycje, które się wykluczają. Pacjent trafia do różnych specjalistów, którzy nie wiedzą o tych wzajemnych wizytach i przepisują leki ze swojej działki. Nie wszystkie leki pacjenci muszą brać. Myślę, że to jest bardzo ważne i wygodne, żeby zdecydowanie ograniczyć polipragmazję, która jest bardzo rozpowszechniona w naszym narodzie. Oczywiście nie trzeba posiadać internetowego konta pacjenta, żeby dostać leki w ramach programu „Opieka 75+”. Pacjent dostaje kod sms i w aptece podaje swój PESEL i otrzymuje lek. Jeżeli chce, może również dostać wydruk papierowy, z którym także udaje się do apteki. Zatem te leki nie są ograniczone…

Poseł Ewa Kołodziej (KO):

Nie, chodzi tylko o samą możliwość skorzystania z tego u lekarza specjalisty. Nie ma bariery w postaci obowiązku posiadania internetowego konta pacjenta. To chciałam usłyszeć.

Sekretarz stanu w MZ Waldemar Kraska:

Nie ma takiej bariery. Myślę, że cyfryzacja jest bardzo wygodna. Na pewno czasami jest barierą nie do przebycia dla seniorów, ale myślę, że młodsi w rodzinie na pewno pomagają seniorom. Szczególnie w dobie pandemii widzimy, że seniorzy doskonale sobie z tym radzą.

Spadek dostępności. Wiadomo, że w pandemii były dwa czynniki. Po pierwsze, lęk pacjenta przed kontaktem z lekarzem, szpitalem, lęk przed zakażeniem, zatem pacjenci odkładali diagnostykę i leczenie. Już teraz widzimy efekt w miesiącach postcovidowych. Schorzeń, szczególnie onkologicznych, jest zdecydowanie więcej. Taka jest natura nowotworu – lubi, kiedy się go nie diagnozuje. Obecnie zdecydowanie łatwiej jest leczyć i większość nowotworów można wyleczyć, jeżeli diagnostyka jest szybka. Z drugiej strony

pewna część łóżek szpitalnych została przeznaczona dla pacjentów COVID-19. Taka jest potrzeba. Przeznaczonych zostało ponad 30 tys. łóżek. Przypominam, że w szczycie drugiej fali było 23 tys., więc widzimy, że trzecia fala jest zupełnie inna niż dwie poprzednie. Od początku zajmuję się koronawirusem, więc widzę, że zachorowalność w trzeciej fali jest zdecydowanie większa, ale także ciężkość zachorowań jest zupełnie inna, pacjenci gorzej przechodzą tę infekcję. Jednak, gdy mówimy o seniorach, efekt szczepień jest już widoczny. Obecnie w szpitalach 52% pacjentów jest między 20 a 50 rokiem życia, czyli to są osoby w sile wieku, najczęściej sprawni fizycznie, zdrowi, a jednak koronawirus ich złamał i trafili do szpitali. Jeżeli chodzi o seniorów, po szczepieniach widzimy, że zapadalność jest na zdecydowanie mniejszym poziomie. Widzimy to wyraźnie w domach pomocy społecznej, gdzie jest bardzo duża zaszczepialność – tam praktycznie seniorzy nie chorują.

Jeżeli chodzi o zmianę terminów szczepień, czasem to jest spowodowane terminem dostaw szczepionek. Producenci deklarują, że do Polski trafi określona liczba szczepionek, planujemy kalendarz szczepień, rozsyłamy terminy nie tylko do seniorów, ale wszystkich osób, którzy są w danej grupie wiekowej. Gdy szczepionka nie dociera w odpowiedniej liczbie, trzeba zmieniać termin szczepień. Na pewno to jest niedogodność, z którą musimy się liczyć. To nie jest zależne od nas, ale na pewno takie rzeczy się zdarzają. Niedługo wejdziemy w okres postcovidowy i rehabilitacja będzie bardzo ważna. W tym tygodniu zostanie uruchomiony nabór i podpisanie umów na rehabilitację ambulatoryjną i domową. Już zostały podpisane umowy, od 9 kwietnia, na dostępność stacjonarną, czyli uzdrowiskową, bo chcemy, żeby uzdrowiska, które teraz rozpoczęły działalność, także świadczyły rehabilitację postcovidową. Ta rehabilitacja nie jest skomplikowana, ale naprawdę widzimy doskonałe efekty wśród osób, które po przejściu koronawirusa niejednokrotnie z trudnością się poruszają, mają problemy z oddychaniem, zatem rehabilitacja układu oddechowego jest bardzo ważna. Cieszy mnie, że zaplanowaliśmy rehabilitację dowolną, gdy rehabilitant może dotrzeć do domu pacjenta. Nie każdy może pozwolić sobie na pobyt w sanatorium czy w ośrodku. Jest możliwość dotarcia do domu i prowadzenie rehabilitacji w warunkach domowych.

Starałem się odpowiedzieć na wszystkie pytania. Jeśli coś pominąłem, to przepraszam.

Przewodnicząca poseł Lidia Burzyńska (PiS):

Dziękuję bardzo, panie ministrze, za informację. Proszę jeszcze o podanie podziału na pacjentów miast i wsi, jeżeli chodzi o dostępność.

Sekretarz stanu w MZ Waldemar Kraska:

Pani przewodnicząca, może odpowiem na piśmie, dobrze?

Przewodnicząca poseł Lidia Burzyńska (PiS):

Oczywiście. Jak wybrzmiało w pytaniu, może być na piśmie.

Dziękuję bardzo za wszystkie udzielone odpowiedzi. Teraz przechodzimy do referowania trzeciego punktu, czyli rozpatrzenia informacji ministra rodziny i polityki społecznej na temat zabezpieczenia potrzeb społecznych osób starszych w trakcie pandemii koronawirusa. Bardzo proszę panią Lidię Ułanowską, dyrektor Departamentu Polityki Senioralnej Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej, o przedstawienie.

Dyrektor Departamentu Polityki Senioralnej Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej Lidia Ułanowska:

Dziękuję. Pani przewodnicząca, Wysoka Komisjo, panie ministrze, państwo posłowie, szanowni państwo. Na poprzednich posiedzeniach Komisji w odcinkach przedstawialiśmy, podobnie jak pan minister, dane statystyczne, a dzisiaj bardzie skupiliśmy się na konstatacji pewnych faktów, czyli materiał odszedł od formy analityczno-statystycznej i ma charakter opisowy. Zatem skupiliśmy się tylko na zrealizowanych działaniach i budżecie, który został przeznaczony na konkretne działania związane z przeciwdziałaniem sytuacji wynikającej z epidemii. Podzieliliśmy materiał na istotne obszary dla polityki społecznej, czyli zabezpieczenie społeczne, pomoc społeczną, programy rządowe, programy informacyjno-edukacyjne i rozwiązania dla seniorów, którzy są niepełnosprawni.

W takim ujęciu pozwolę sobie wskazać na podstawowe działania, budżetowe i liczebne wielkości, które prawdopodobnie pozwolą nam rozpocząć dyskusję na ten bardzo ważny temat. Jednym z dodatkowych działań, o których pozwolę sobie powiedzieć na końcu, to jest aktywność Rady do Spraw Polityki Senioralnej. Podobnie jak u pana ministra zdrowia, stanowi ona trzon ekspertów, którzy wciąż starają się podsuwać ministrowi najaktualniejsze tematy związane z sytuacją epidemiczną, aby nasze działanie było jak najbardziej aktualne. Ostatnie posiedzenie prezydium odbyło się dzisiaj, dlatego chcę o tym powiedzieć.

Działania, które dotyczą *stricte* sytuacji socjalnej naszych emerytów i rencistów, wszystkich systemów – powszechnego, służb mundurowych i rolników – to jest trzynasta i czternasta emerytura. Wszystkie dane, które przedstawię, dotyczą roku 2020 i 2021, czyli w czasie epidemii. W 2020 r. trzynasta emerytura wynosiła 1200 zł. Inna nazwa tego świadczenia to dodatkowe roczne świadczenie pieniężne. W 2021 r. kwota jest wyższa i wynosi 1250,88 zł brutto. W 2020 r. trzynasta emerytura została zrealizowana. Obecnie trwa realizacja trzynastej emerytury dla emerytów i rencistów w roku 2021. Koszt trzynastej emerytury w roku 2020 wyniósł 11,7 mld zł. To jest bardzo duża kwota. Chodzi o blisko 9 mln świadczeniobiorców. W 2021 r. koszt wypłaty trzynastej emerytury to 12,2 mld zł, czyli także wysoka kwota. W 2021 r. także zdarzyło się coś ważnego – pojawiło się świadczenie, o które seniorzy bardzo prosili rząd. Chodziło o umieszczenie w przepisach prawa, czyli spowodowanie, aby czternasta emerytura była świadczeniem wynikającym z przepisu prawa, a nie z programu czy mniej stałych rozwiązań. Zatem czternasta emerytura będzie obok trzynastej stanowiła dodatkowe świadczenie, wspomoże najbardziej potrzebujących seniorów. Tutaj zasada jest nieco inna, bo nie wszyscy i nie każdy, ale osoby pobierające świadczenie w wysokości do 2900 zł brutto. Emerytura będzie przyznawana w wysokości najniższej emerytury obowiązującej w danym roku. W przypadku osób, które otrzymują wyższą emeryturę niż 2900 zł, to świadczenie będzie realizowane w oparciu o znaną zasadę „złotówka za złotówkę", czyli minus to przekroczenie. Istotne jest, że w 2020 r. najniższe świadczenie emerytalno-rentowe zostało podwyższone o 9%, najniższa emerytura wzrosła o 100 zł, z kwoty 1100 zł do 1200 zł, a minimalna podwyżka świadczeń w wyniku gwarantowanej kwoty waloryzacji to aż 70 zł, która objęła 5 mln świadczeń. Całkowity koszt waloryzacji świadczeń emerytalno-rentowych oraz innych świadczeń powszechnego systemu wyniósł 9 mld zł. To wszystko, jeżeli chodzi o zabezpieczenie społeczne.

Pozwolę sobie przejść do rozwiązań z zakresu pomocy społecznej, bo były dwa istotne działania, o których trudno mówić spokojnie, ponieważ pamiętamy o sytuacji w domach pomocy społecznej. Pamiętamy o olbrzymich potrzebach osób w wieku senioralnym, którzy pozostawali w domu, aby nie zarazić się tą okrutną chorobą. W związku z tym, powstały dwa programy. Pierwszy to duży program wsparcia domów pomocy społecznej, a drugi to „Wspieraj Seniora", czyli pozostań w domu, a pomoc społeczna i wolontariusze pomogą w zabezpieczeniu codziennych potrzeb. Jeżeli chodzi o domy pomocy społecznej, najważniejsze było uruchomienie wszelkich rezerw finansowych pozwalających na zabezpieczenie bieżącej działalności, która znacząco się zmieniła. W związku z tym, w roku 2020 z rezerw celowych budżetu państwa 866 placówek otrzymało 137 mln zł, a następnie ze środków unijnych 289 mln zł. Te środki pozwoliły uspokoić bardzo trudną sytuację, jaka wywiązała się w związku z dużą zachorowalnością mieszkańców skupionych w jednym miejscu. Te zabiegi spowodowały, że dzisiaj możemy śmiało powiedzieć, że sytuacja w placówkach stacjonarnych jest opanowana, bezpieczna. Naturalnie monitorujemy sytuację przez cały czas, ale możemy uruchamiać działania w postaci rekomendacji. Wprowadziliśmy także specjalne regulacje dotyczące domów pomocy społecznej. One dotyczą rotacyjnej pracy, podwyższenia dodatków motywacyjnych dla kadry, sposobu wyliczania średniego miesięcznego kosztu utrzymania mieszkańca w placówce. Szczegóły bogato opisałam w materiale.

Ważnym działaniem dotyczącym domu pomocy jest także zapewnienie rotacyjnej pracy kadry i bezpłatnych szczepień. Po każdych dwóch tygodniach pracy zdalnej każdy pracownik otrzymuje bezpłatne testy i na tej podstawie jest dopuszczany do pracy na miejscu na kolejne dwa tygodnie. W tej chwili placówki zaczynają przygotowywać się

do kontaktu ze środowiskiem i rozważamy również dodatkową pracę w dni wolne, gdy w placówkach dzieje się dużo mniej, a przecież seniorzy potrzebują postcovidowej rehabilitacji, może bardziej terapii. Rozważamy, aby personel pracował także w dni wolne w mniejszym wymiarze godzin, ale żeby sobota i niedziela nie były dniami pustymi.

Wolontariat ozdrowieńców dotyczy także domów pomocy społecznej. Tutaj każda osoba, która przebyła COVID-19 i chciałaby pracować, po kontakcie ze stacją sanitarno -epidemiologiczną, po potwierdzeniu, że jest zdrowa może pracować jako wolontariusz. Szczepienia pracowników i mieszkańców w zasadzie dobiegają końca. Materiał pisałam dwa tygodnie temu, a każdy dzień to kolejne szczepienia, więc mogę powiedzieć, że ten problem już nie dotyczy szczepień. Przypominam, że to była zerowa i pierwsza grupa. Najważniejsze było, aby seniorzy zostali zabezpieczeni.

Drugi ważny program to „Wspieraj Seniora" – 50 mln zł w roku ubiegłym, 20 mln w roku bieżącym. Postanowiliśmy przedłużyć ten program na pierwszy kwartał, ale sądzimy, że będzie dotyczył całego roku 2021, bo takie są potrzeby. Początkowo wydawało się, że zabezpieczenie sytuacji osób starszych będzie bardzo trudne, natomiast program ten w ciągu dwóch miesięcy pokazał, że to był dobry pomysł. Wykorzystano infolinię PZU rozbudowaną w skali kraju. Okazuje się, że jest bardzo duży zasób więzi telefonicznych na bazie infolinii PZU. We współpracy z ministrem zdrowia i wszystkimi ważnymi instytucjami, ale w szczególności samorządami, rozwinęliśmy program „Wspieraj Seniora", który ewoluuje. Zyskał duże uznanie i będzie kontynuowany. Na bazie tej infolinii funkcjonuje również wsparcie cyfrowe seniorów, gdzie starsza osoba może zdzwonić i zapytać, jak nauczyć się rejestracji poprzez ePUAP, jak może połączyć się ze swoją internetową bazą we wszelkich instytucjach. Wolontariusze bezpłatnie nawigują seniorów.

Jeżeli chodzi o programy „Senior+" i ASOS, nie będę już rozwijała, bo na poprzednim posiedzeniu Komisji była o tym mowa. W związku z tym powiem, gdyż towarzysząc ministrowi nie wypadało mi powiedzieć, że pozwoliłam sobie jeszcze wtrącić jeden przykład modelowego rozwiązania. Dotyczy to jednej z mazowieckich placówek w Woli Karczewskiej. Po raz pierwszy chciałam państwu pokazać, że zamknięta placówka może jednak pracować. Ten model pokazuje, że alternatywne formy pracy naprawdę funkcjonują. Dlatego enumeratywnie pokazałam jakiego rodzaju bardzo nowatorskie formuły wprowadzono w ciągu całego roku. Potraktowałam ten przykład jako rodzaj modelu. Wiem także, że dobrze funkcjonują placówki, które wcześniej opierały się na osobach, informatykach, potrafiących powiązać świat seniorów ze światem wirtualnym. Okazało się, że zajęcia alternatywne poprzez komputery wcale nie wymagają dużych zasobów, kosztownych rozwiązań i Wola Karczewska funkcjonuje jako modelowy przykład. Takich przykładów było więcej. Jeśli państwo chcą o nich poczytać, to na naszej stronie internetowej senior.gov.pl jest pokazanych bardzo dużo takich rozwiązań. One są krzepiące, bo mimo trudnej sytuacji okazało się, że seniorzy nie pozostali zamknięci w placówkach bez opieki. Były posiłki, zajęcia i kontakt, ale też tworzenie kręgów wsparcia. Ponieważ odpowiadam za program „Senior+", trzeba będzie mnie wyłączyć, bo mogę dość długo o tym rozmawiać.

Jeśli chodzi o inne programy realizowane na rzecz seniorów skupionych w programie ASOS, w roku 2020 zrealizowaliśmy 94% założonych programów. W związku z tym, wszystkie modyfikacje wprowadzone do umów aneksami spowodowały, że seniorzy mogli zachowywać aktywność. Spowodowaliśmy również, że placówki mogły korzystać z programu „Senior+" nawet w czasie zamknięcia. Zatem komunikat ministra do placówek był taki, że nadal będą ponoszone koszty stałe. To jest bardzo ważne, bo przecież w dobie zamknięcia placówek trzeba było jeszcze je utrzymać. W 2021 r. każda placówka, która funkcjonuje w programie „Senior+", nadal korzysta na poziomie poniesionych kosztów dotyczących opłat za media. Wiadomo, że seniorzy nie wyjeżdżali na wycieczki, nie wychodzili na imprezy, ale koszty stałe były ponoszone.

Wypada jeszcze powiedzieć dwa zdania na temat rozwiązań, które dotyczyły seniorów z niepełnosprawnością. Mówię o orzeczonej niepełnosprawności, bo musimy pamiętać, że nie każdy senior jest niepełnosprawny. Pozwolę sobie przypomnieć, że w lutym weszła w życie strategia na rzecz osób z niepełnosprawnością. To jest duży sukces, ale też szereg

rozwiązań było prowadzonych w związku z pandemią i one są przytoczone w końcowej fazie. Chodziło głównie o to, aby na czas pandemii można było przedłużyć orzeczenia o niepełnosprawności, bo na ich podstawie przysługiwały różne uprawnienia. Chodziło o szczególne rozwiązania dla osób głuchych, które i tak były w trudnej sytuacji, a pozbawione bieżących kontaktów, zdawały się zupełnie wykluczone. W związku z tym, wiele działań podjął Związek Głuchych. Bazowaliśmy głównie na wszystkich programach realizowanych przez PFRON, aby zachować wszelkie uprawnienia dla mieszkańców w środowiskowych domach, ale również dla każdej osoby w wieku senioralnym, która mogła mieć jakieś utrudnienia. Chodziło o pomoc terapeutyczną dla osób z niepełnosprawnością. Uruchomiono centrum komunikacji dla osób głuchych. To wszystko działo się z pieniędzy rządowych skupionych w programie PFORN. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Lidia Burzyńska (PiS):

Dziękuję bardzo pani dyrektor. Działania Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej istnieją nie tylko na papierze, ale są wdrażane i mimo pandemii również są kontynuowane. Pani dyrektor przedstawiła to w sposób bardzo skrótowy. Pan minister zdrowia mówił, jak zaopiekować się tą grupą, natomiast pani dyrektor była łaskawa przedstawić, w jaki sposób państwo dba o stronę finansową, funkcjonowanie, poza kwestią zdrowia. Tutaj jest bardzo dużo programów i działań. Między innymi seniorzy bardzo sobie chwalą trzynastą i czternastą emeryturę jako dobre rozwiązanie. Wiem, jak bardzo cieszy finansowy zastrzyk dla naszych seniorów.

Bardzo proszę, pani przewodnicząca.

Poseł Paulina Matysiak (Lewica):

Bardzo dziękuję. Tym razem mam dwa bardzo krótkie pytania dotyczące korpusu wsparcia seniorów. Jeśli chodzi o program „Wspieraj Seniora", czy może pani powiedzieć, ile samorządów przystąpiło do programu i ile osób po 70. roku życia skorzystało z tej formy pomocy? Drugie pytanie dotyczy infolinii dedykowanej seniorom – ilu osób skorzystało z tej infolinii? Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Lidia Burzyńska (PiS):

Dziękuję pani przewodniczącej Matysiak. Czy ktoś jeszcze z państwa chce zabrać głos? Nie. Zatem proszę panią dyrektor o udzielenie informacji.

Dyrektor w MRiPS Lidia Ułanowska:

Nie mam takich danych, które pozwoliłyby na ścisłą odpowiedź. Rzeczywiście, nie mam ich przygotowanych. Odpowiem pani na piśmie, dlatego że mamy te dane w innej informacji, być może jeszcze je znajdę. Niedawno szykowaliśmy je w poprzedniej informacji i tam były te cyfry. Oczywiście jeszcze raz przytoczę pani przewodniczącej. Przepraszam, ale czasami tak jest. Pisaliśmy o tym w informacji dotyczącej „Wspieraj Seniora" w zeszłym tygodniu. Wszystko mogę przedstawić. One wyglądały bardzo imponująco. Ważne jest, że program „Wspieraj Seniora" osobiście wprowadzałam do ośrodków pomocy. Zawsze mówiłam: „szanowni państwo, wierzę w was, damy radę". Bardzo się cieszę, że daliśmy radę. Potem wycofałam się z tego i prowadził to departament pani Justyny Pawlak i pan minister również nadzorował. Ale ta emocjonalność pokazała, że nikt nie odmówił. To było tak potrzebne, że uruchamiając program musieliśmy użyć wszelkich sił, żeby to zdarzyło się z dnia na dzień. Przecież druga fala pandemii wszystkich nas mocno zaskoczyła, a seniorzy byli poproszeni o pozostanie w domu. To były tysiące osób.

Przepraszam, pani przewodnicząca, może zaraz znajdę, a jeśli nie, prześlę jutro rano.

Poseł Paulina Matysiak (Lewica):

Nie ma problemu. Dopowiem tylko. Na poprzednim posiedzeniu rozmawialiśmy na ten temat, oczywiście pamiętam. Jeżeli jest możliwość, poproszę o zaktualizowane dane. Może być na piśmie.

Dyrektor w MRiPS Lidia Ułanowska:

Dziękuję, przepraszam, ale chciałabym, żeby pani miała wszystko tak ładnie.

Przewodnicząca poseł Lidia Burzyńska (PiS):

Dziękuję, pani dyrektor. Szanowni państwo, czy ktoś jeszcze chce zabrać głos? Jeżeli nie, bardzo dziękuję pani dyrektor, panu ministrowi zdrowia, który opuścił nas w trakcie posiedzenia.

Szanowni państwo, dzisiejsze posiedzenie Komisji było bardzo potrzebne i dające nam pewne kierunki, rozwiązania i uściślenia. Przede wszystkim zostało pokazane, że w tak trudnym czasie jakim jest okres pandemii, zarówno Ministerstwo Zdrowia, jak i Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej są ze wszech miar nastawieni na pomoc i wsparcie tej grupy naszego społeczeństwa poprzez swoje działania i decyzje. Cieszę się bardzo, że w jaskrawy i jednoznaczny sposób został wyartykułowany strach seniorów, że nie mogą uzyskać leków nie mając internetowego konta pacjenta. Zatem to jest informacja, która dotarła do wszystkich instytucji i samych seniorów, że mogą korzystać z tego przywileju i udogodnienia. Jestem również bardzo usatysfakcjonowana, że pojawia się, bo to jest kwestia tygodnia, wsparcie dla seniorów po przebytym COVID-19. To jest bardzo ważne i istotne, aby również zainteresować się, jak radzi sobie ta część społeczeństwa po pandemicznej chorobie.

Proszę państwa, to wszystko, jeśli chodzi o informacje przedstawione na dzisiejszym posiedzeniu Komisji. Jeszcze raz dziękuję i stwierdzam, że Komisja przyjęła przedstawione na dzisiejszym posiedzeniu informacje, zarówno Ministerstwa Zdrowia, jak i Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej. Dziękuję wszystkim za udział w posiedzeniu. Informuję, że porządek dzisiejszego posiedzenia został wyczerpany. Zamykam posiedzenie Komisji.